

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1898-99. — N° 103

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

# FIÈVRE TYPHOÏDE

chez les cardiaques

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Février 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Edgard MOSSÉ**

Né le 17 novembre 1874, à Marseille (Bouches-du-Rhône)

LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

—  
Février 1899



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

**FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LES CARDIAQUES**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1898-99. — N° 103

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

# FIÈVRE TYPHOÏDE

chez les cardiaques

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Février 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edgard MOSSÉ

Né le 17 novembre 1874, à Marseille (Bouches-du-Rhône)



LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

Février 1899

# PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET..... DOYEN.  
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

\* MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

## PROFESSEURS

|                                                      |   |                        |
|------------------------------------------------------|---|------------------------|
| Cliniques médicales.....                             | { | MM. LÉPINE.<br>BONDET. |
| Cliniques chirurgicales.....                         | { | OLLIER.<br>PONCET.     |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....          |   | FOCHIER.               |
| Clinique ophtalmologique.....                        |   | GAYET.                 |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... |   | GAILLETON.             |
| Clinique des maladies mentales.....                  |   | PIERRET.               |
| Physique médicale.....                               |   | MONOYER.               |
| Chimie médicale et pharmaceutique.....               |   | HUGOUNENQ.             |
| Chimie organique et Toxicologie.....                 |   | CAZENEUVE.             |
| Matière médicale et Botanique.....                   |   | FLORENCE.              |
| Zoologie et Anatomie comparée.....                   |   | LORTET.                |
| Anatomie.....                                        |   | TESTUT.                |
| Anatomie générale et Histologie.....                 |   | RENAUT.                |
| Physiologie.....                                     |   | MORAT.                 |
| Pathologie interne.....                              |   | TEISSIER.              |
| Pathologie externe.....                              |   | AUGAGNEUR.             |
| Pathologie et Thérapeutique générales.....           |   | MAYET.                 |
| Anatomie pathologique.....                           |   | TRIPIER.               |
| Médecine opératoire.....                             |   | POLLOSSON (Maurice).   |
| Médecine expérimentale et comparée.....              |   | ARLOING.               |
| Médecine légale.....                                 |   | LACASSAGNE.            |
| Hygiène.....                                         |   | BARD.                  |
| Thérapeutique.....                                   |   | SOULIER.               |
| Pharmacie.....                                       |   | CROLAS.                |

## PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                 |                  |        |
|-------------------------------------------------|------------------|--------|
| Clinique des Maladies des Enfants.....          | MM. WEILL.       | agrégé |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx..... | LANNOIS          | —      |
| Accouchements.....                              | POLLOSSON (Aug.) | —      |
| Botanique.....                                  | BEAUVISAGE       | —      |

## AGRÉGÉS

| MM.              | MM.     | MM.     | MM.             |
|------------------|---------|---------|-----------------|
| BEAUVISAGE.      | ROLLET. | DURAND. | PAVIOT.         |
| CONDAMIN.        | ROUX.   | DOYON.  | NOVÉ-JOSSERAND. |
| COURMONT         | COLLET. | BARRAL. | BÉRARD.         |
| DEVIC.           | BOYER.  | MOREAU. | BORDIER.        |
| POLLOSSON (Aug.) | VALLAS. | PIC.    | SAMBUC.         |
| ROCHET.          | SIRAUD. |         |                 |

M. BEAUDUN, Secrétaire

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LÉPINE, Président ; WEILL, Assesseur

MM. BOYER et PIC, Agrégés

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALEZAI

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉPINE

## AVANT-PROPOS

---

Avant de commencer ce travail il nous semble bon et agréable de jeter un coup d'œil en arrière sur notre vie d'étudiant.

Nous nous rappellerons toujours les bonnes années d'études faites en commun avec d'excellents camarades et les non moins bonnes passées dans les hôpitaux de Marseille.

Nous nous faisons ici un grand plaisir encore plus qu'un devoir de remercier nos excellents maîtres et ce n'est pas chose facile que de le faire sans blesser leur modestie.

Monsieur le Professeur Alezais, médecin des hôpitaux, nous a inspiré l'idée de ce travail et a bien voulu nous aider de ses conseils. Qu'il nous permette de lui offrir en même temps qu'une partie de notre dédicace l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jourdan, nous devons aussi témoigner notre gratitude pour ses bonnes leçons d'histologie et pour la grande amabilité avec laquelle il a mis ses laboratoires à notre disposition.

Nous n'avons garde d'oublier nos anciens chefs de service dans nos remerciements. MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux : Arnaud, d'Astros, Boinet, Boy-Teissier, Benet, Brun, Combalat, Coste, Fioupe, J. Arnaud, Gamel, Odo, Pluyette, Poucel, Schnell, Vidal, dont nous avons été l'externe ou l'interne nous ont toujours accueilli avec la plus grande bienveillance.

Que nos amis Cassoutte, médecin des hôpitaux, Juge et Sesquès, chefs de clinique, nous permettent de leur témoigner toute notre reconnaissance pour leurs bonnes leçons lors de notre préparation à l'internat.

Nous avons trouvé à Lyon un accueil aussi cordial que possible. Que M. le Professeur Bard ainsi que M. le Docteur Weill, agrégé, médecin des hôpitaux, veuillent bien accepter nos meilleurs remerciements pour l'amabilité avec laquelle ils nous ont fourni des observations qui nous étaient nécessaires.

Il nous reste, en terminant, à remercier M. le Professeur Lépine du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Si dans cette longue liste nous avons oublié quelqu'un de nos amis, qu'il nous pardonne cette omission involontaire ; leur nom n'est pas venu sous notre plume parce qu'il est, sans doute, resté au fond de notre cœur.

Contribution à l'Etude

DE LA

# FIÈVRE TYPHOÏDE

chez les cardiaques

---

## INTRODUCTION

---

Le cœur chez les typhiques a été de tout temps la grande préoccupation des cliniciens. Depuis Louis, Stockes, Murchison jusqu'à Hoffman, Hayem, Laudouzy et Siredey, les recherches ont été innombrables et le nombre des ouvrages parus sur ce sujet est très considérable.

Dans toute fièvre typhoïde un peu sérieuse, l'action du cœur peut être plus ou moins compromise, mais on peut dire qu'elle l'est d'une façon constante. Chez tous les typhiques qu'il nous a été donné d'examiner, nous avons constaté à leur entrée à l'hôpital, c'est-à-dire généralement dans le second septenaire de la maladie, un affaiblissement, quelquefois une disparition complète du premier bruit du cœur. Était-ce simple coïncidence, était-ce un *modus* particulier à l'épidémie qui sévissait alors sur Marseille, toujours est-il que le bacille typhique ou les toxines semblaient toucher le cœur dès le début de la maladie et, qu'à leur entrée à l'hôpital, les malades présentaient à peu près tous les signes d'une myocardite plus ou moins intense.

Étant donnée cette sorte de prédilection de la maladie pour le cœur, il était intéressant d'observer com-

ment se comportait cet organe lorsqu'il était déjà porteur d'une lésion primitive d'endocardite chronique.

A première vue, il semblait qu'un cœur présentant des lésions valvulaires, bien compensées il est vrai, mais, en somme, un cœur déjà touché par une maladie antérieure devait faiblir rapidement et conduire à une issue fatale. Or, il n'en a rien été et sur les quinze observations, tant personnelles qu'étrangères que nous avons pu recueillir, il y a eu un seul décès qui, ainsi que nous le verrons dans l'observation, n'est pas imputable au cœur.

Nous avons tenu à donner à notre travail un but essentiellement pratique, et nous avons essayé de résoudre les questions suivantes :

1° La fièvre typhoïde chez les cardiaques comporte-t-elle un pronostic plus sévère que chez un individu sain ?

2° La fièvre typhoïde ou la cardiopathie sont-elles modifiées l'une par l'autre ?

3° Quel est le traitement qui convient le mieux à ces typhiques spéciaux.

Nous nous estimerons heureux si notre travail, même sans résoudre ces questions complètement, marque une première période de recherches dans ce sens.

Voici le plan que nous suivrons :

- 1° Historique ;
- 2° Exposition des observations ;
- 3° Leur commentaire ;
- 4° Les indications qu'il y a à en tirer au point de vue du pronostic et du traitement ;
- 5° Conclusions.

## CHAPITRE PREMIER

---

### HISTORIQUE

Si, comme nous l'avons dit plus haut, la littérature médicale est extrêmement riche en travaux de toutes sortes sur le cœur dans la fièvre typhoïde, elle est, par contre, bien pauvre sur ce cas particulier de la fièvre typhoïde chez les cardiaques.

En 1874, une observation publiée par M. le Professeur Mayet et son interne, M. Weill, dans la Revue hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Cette observation faisait partie d'une série d'autres tendant à préconiser l'emploi de bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde.

En 1888, la thèse d'Audrerez, de la Faculté de Paris, sur le même sujet, thèse basée sur deux observations personnelles, dont une publiée par Jaccoud, l'année suivante, dans la Gazette des Hôpitaux.

M. le docteur Audrerez concluait ainsi :

1° La marche de la fièvre typhoïde chez les individus porteurs de lésions cardiaques peut se modifier au point de prendre les allures d'une maladie de cœur ;

2° Le pronostic est d'autant plus grave que ces lésions sont plus profondes et que l'état général du sujet est plus débilité.

Depuis cette époque, rien de spécial sur ce sujet n'a paru dans la littérature médicale. Les traités de médecine sont muets sur cette question aussi bien à l'article cœur qu'à l'article fièvre typhoïde.

Tout ce qui a été dit se résume à ceci :

1° Une phrase de MM. Tripier et Bouveret dans leur ouvrage intitulé : Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids : « Les maladies de cœur primitives ne sont pas une contre-indication à la balnéation dans la fièvre typhoïde. »

2° M. le docteur agrégé Weill a donné son opinion dans le chapitre « Myocardite » de son Traité clinique des maladies de cœur chez les enfants.

Elle est ainsi conçue : « Il semble donc, contrairement aux prévisions que l'on pourrait faire, que l'endocardite chronique ne constitue pas une cause d'attraction pour les influences pathogènes capables d'agir sur le myocarde. Ce fait est d'autant plus remarquable que nos observations nous montrent le myocarde atteint à un degré variable, une fois sur huit, chez des sujets n'ayant aucune tare cardiaque.

« On ne peut invoquer, pour expliquer l'immunité de nos cardiaques, le traitement institué, la balnéothérapie systématique, car il a été appliqué dans tous les cas et n'a pas empêché le myocarde d'être intéressé quelquefois. On ne peut l'attribuer davantage à la forme de la maladie, car les troubles fonctionnels les plus intenses et les plus durables se sont montrés,

l'un chez une jeune fille de douze ans, Porch., qui avait une dothiéntérie légère, l'autre, chez une jeune fille de dix ans, dont la maladie évolua en 28 jours, mais avec une certaine bénignité. »

Dans un article, qui doit paraître dans la Revue de Médecine, M. le docteur Alezais exprime une opinion analogue :

« Il n'est pas sans intérêt de voir chez ces malades (les cardiaques), malgré une lésion profonde, la résistance qu'oppose au poison typhique un organe qui est généralement si sensible à son action. »

## CHAPITRE II

---

### OBSERVATIONS

Cette observation et celle qui suit sont le résumé des deux observations de fièvre typhoïde que M. Audrez expose dans sa thèse intitulée « de la fièvre typhoïde chez les cardiaques <sup>(1)</sup> ».

#### OBSERVATION I

Anna G., 23 ans, ménagère, entrée à l'hôpital le 16 mai 1888.

Pas de rhumatisme, rougeole à deux ans. Deux accès d'impaludisme, l'un à huit ans, l'autre à seize ans. Depuis l'âge de trois ans sujette aux palpitations et aux étouffements.

*Diagnostic.* — Fièvre typhoïde au septième jour avec endohéricardite ancienne peut-être d'origine paludéenne.

*Traitement.* — Ventouses sèches sur les membres inférieurs. Lotions vinaigrées. Café, potion au rhume tau quina.

Deux accès d'oppression et de palpitations. Le premier, le

(1) Audrez. Thèse de Paris, 1888, n° 74.

21 mai, dure deux jours. Le deuxième, le 31 mai, dure un jour.

Le 15 juin, convalescence. Sort guérie à la fin juin. Les signes stéthoscopiques au cœur sont les mêmes.

## OBSERVATION II

André V..., 18 ans, journalier, entré à l'hôpital le 17 octobre 1888.

Insuffisance mitrale suite de rhumatisme survenu à l'âge de quinze ans. Dothiémentérie au sixième jour. Taches rosées, gargouillements dans la fosse iliaque droite. T. 39°3.

Potion avec 50 grammes de rhum et 3 grammes extrait de quinquina.

Fièvre typhoïde assez grave. Aucun incident ne vient troubler la régularité de sa marche. Le malade sort guéri le 15 novembre. Aucun changement dans sa lésion mitrale.

## OBSERVATION III

Publiée par MM. Mayet et Weill (1)

Jeanne S..., âgée de 19 ans, lingère, entre le 8 juin, au septième jour de sa maladie ; quoiqu'elle déclare être toujours bien portante elle présente un bruit de souffle râpeux à l'orifice aortique. Les symptômes de la dothiémentérie sont ceux qu'on observe habituellement sauf qu'il y a de la constipation et une température élevée qui atteint 40°7 le soir.

Elle ne nous est envoyée qu'au dixième jour. Au bout de six jours de bains, la température commence à s'abaisser régulièrement en même temps que tous les symptômes s'amendent graduellement. On peut suspendre complètement le traitement le 20 juin.

(1) Mayet et Weill. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1874, n° 34.

Les bains produisaient une sensation de suffocation assez marquée, due probablement à la lésion de l'orifice aortique, mais qui n'a jamais été suffisante pour obliger à les interrompre.

#### OBSERVATION IV

Publiée par MM. Tripier et Bouveret (1)

*Dothiémentérie chez un homme atteint d'insuffisance aortique*

Cet homme, âgé de 29 ans, présentait une insuffisance aortique développée probablement au cours d'une dernière attaque de rhumatisme qui datait de six ans.

Il entre à l'hôpital au cinquième jour d'une fièvre typhoïde intense. Il n'a jamais éprouvé de troubles sérieux du côté du cœur, ni du côté des voies respiratoires ; la marche rapide et l'ascension d'un escalier lui causent seulement quelques palpitations légères et de courte durée. Le cœur gauche est déjà sensiblement hypertrophié, et, du fait de la fièvre, les caractères du pouls de Corriveau sont notablement exagérés. Malgré son insuffisance aortique, ce typhique, jeune, robuste, et dont la lésion cardiaque était encore parfaitement tolérée, fut soumis régulièrement à la méthode des bains froids. Bains à 20° de quinze minutes toutes les trois heures.

Deux jours après, pendant la nuit, au moment où le malade allait être conduit au bain, il fut pris d'une violente attaque convulsive. L'infirmier suspendit le traitement. Le lendemain, à partir de midi, nous faisons reprendre les bains ; pendant la nuit, entre deux bains, nouvelle attaque convulsive, suivie comme la veille de la suppression de quelques bains. Le lendemain nouvelle reprise du traitement. Il n'y eut pas de nouvelles attaques. Le traitement fut continué très régulièrement jusqu'à la défervescence complète. Le malade guérit sans avoir présenté aucun autre incident.

(1) Tripier et Bouveret, La fièvre typhoïde, traitée par les bains froids.

## OBSERVATION V

Communiquée par M. le Professeur Bard

Marie P..., âgée de 32 ans, concierge, entrée le 15 juillet 1898, sortie le 7 août 1898. Chef de service M. Bard, lit n° 43. Observation n° 4126.

*Diagnostic et résumé.* — Fièvre typhoïde; délire nerveux vésanique, rétrécissement mitral.

*Observation clinique.* — Père et mère vivants et bien portants, a deux frères et deux sœurs bien portants. Réglée à onze ans toujours régulièrement. Mariée, a un enfant de quatre ans. Pas de rhumatisme antérieur. Il est impossible d'obtenir de la malade aucun renseignement, elle délire et fait toujours la réponse oui ou fait une réponse absurde. Elle serait malade depuis quelques jours. Elle a une diarrhée abondante. Elle ne vomit pas, ne souffre pas du ventre, ne tousse pas et ne crache pas. Elle ne se plaint de souffrir ni de la tête ni du ventre.

Elle a du délire, veut parfois se lever seule, répond mal aux questions.

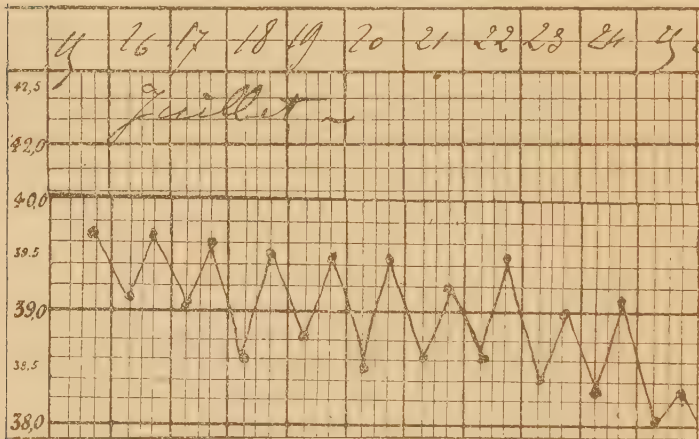
Hier, à son premier bain, à une heure de l'après midi, elle a pris pendant les premières minutes de son bain une syncope, avec une perte de connaissance complète. Actuellement la malade délire peu, elle semble reposer, mais cependant elle présente des mouvements des doigts. Langue sèche, blanche, enduit nacré des gencives. L'abdomen n'est pas météorisé, il est assez souple. Pas de douleur à la pression, pas de gargouillement. Taches rosées sur la paroi abdominale et le thorax. Pas de modification de volume du foie.

La matité splénique est à peine perceptible et n'est pas étendue.

*Cœur.* — Pointe bat dans le cinquième espace. On constate à la palpation dans toute la région précordiale une vibration

systolique dure, maximum à la pointe où on perçoit en outre un roulement présystolique très net. La vibration dure se perçoit à distance et à travers plusieurs mains interposées. A l'auscultation, à la pointe surtout, on perçoit un roulement présystolique. Le premier bruit est éclatant, dur. Il y a un dédoublement du deuxième bruit surtout appréciable un peu au-dessus de la pointe.

Aux poumons rien de spécial, sauf une respiration un peu rude au sommet droit et très saccadée par les contractions cardiaques.



Pouls régulier, ample, de tension un peu faible, 96 pulsations par minute.

On produit facilement par le frottement de la peau une raie colorée persistante. T. oscille autour de 39°. Urine : pas d'albumine.

Pas de stigmates nevropathiques marqués, pas de battements des paupières, pas de tremblement des mains étendues, pas d'anesthésie paryngée ni cornéenne, pas d'hémi-anesthésie, mais les reflexes rotuliens sont très sensibles.

16 juillet. — Les taches rosées sont nombreuses, l'abdomen assez souple sans gargouillement, mais la diarrhée persiste. Les battements du cœur sont réguliers et d'énergie normale, la pointe est peu abaissée, bat dans le cinquième espace, le choc musculaire est faiblement perçu. La vibration est très marquée, dominante, dure et très étendue.

Actuellement, une heure après la sortie du bain le roulement présystolique est très léger, très dominé par la vibration. Il était au contraire très net, intense et prolongé hier avant le bain. A l'auscultation, roulement présystolique net, éclat et dureté du premier bruit, dédoublement du deuxième bruit, pas de souffle.

La malade est de petite taille, les seins peu développés, le système pileux normal.

Le délire continue, mais irrégulier, agité, discordant avec l'état général et la température peu élevée, manifestement d'origine nerveuse.

Il est impossible d'obtenir des respirations assez profondes pour se rendre un compte exact de la respiration des sommets.

19 juillet. — On apprend par des visiteurs que la mère de la malade a été aliénée. On apprend de la famille que la malade n'est alitée que depuis huit jours avant son entrée. Elle était fatiguée depuis une quinzaine de jours. Quant à sa maladie de cœur, on ne s'en était pas aperçu et c'est le médecin qui ces derniers jours en a révélé l'existence.

21 juillet. — Les bains ont été donnés sans incident, le délire agité persiste, il s'exagère au moment de l'entrée au bain, mais est calmé par sa prolongation.

25 juillet. — La malade a dû être isolée à St-Martin. Elle troublait la salle par ses cris.

L'état général est bon, les bains commencent à être sautés. Néanmoins le délire est toujours très intense, la malade reste complètement nue sur son lit et se répand en injures.

7 août. — La convalescence s'est établie régulièrement ; l'alimentation a été reprise sans que le délire ait été modifié. On envoie aujourd'hui la malade à l'asile de Bron.

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Le 15 juillet.....           | 4 bains.      |
| Du 16 au 24.....             | 8 — par jour. |
| Le 25.....                   | 4 —           |
| Du 26 au 29.....             | 8 —           |
| Le 30.....                   | 6 —           |
| Le 31.....                   | 4 —           |
| Le 1 <sup>er</sup> août..... | 3 —           |
| Le 2.....                    | 2 —           |
| Le 3.....                    | 3 —           |

En tout, 130 bains.

#### OBSERVATION VI

Communiquée par M. le professeur Bard, n° 4125

La nommée N... , âgée de 23 ans, cuisinière, demeurant à Lyon, est entrée le 28 juillet 1898, dans la Salle 2<sup>me</sup> femmes, à l'Hôtel-Dieu.

*Antécédents héréditaires.* — Père vivant et bien portant, mère morte de suites des couches.

Trois sœurs bien portantes, a perdu un frère âgé de 1 an.

*Antécédents personnels.* — Réglée à 16 ans, toujours régulièrement ; n'est pas mariée. Signale dans ses antécédents la rougeole, boit de l'eau de la Compagnie.

L'affection actuelle a débuté il y a trois semaines par de la céphalée, de la courbature, de la fièvre tous les soirs. Pas de douleurs de la nuque. Il y a eu quelques vomissements, une épistaxis très légère.

Pas de douleur abdominale, constipation, suivie de diarrhée, anorexie. Pas de toux, ni de crachats.

*Actuellement* l'état général n'est pas mauvais. Il n'y a pas

de stupeur. Lèvres et dents fuligineuses, enduit noir des gencives.

Langue dépouillée, blanche un peu rouge à la pointe. Les pupilles sont égales et moyennement dilatées.

*Abdomen* légèrement météorisé, bien sonore, indolent. Pas de gargouillement, nombreuses taches rosées, boutonneuses sur l'abdomen et le thorax. La matité splénique est perceptible et accrue.

*Le foie* n'est pas modifié de volume.

*Cœur*, pointe bat dans la 5<sup>e</sup> espace au-dessous du mamelon. A la palpation, frémissement présystolique très marqué, vibration systolique duré, perceptible à une légère distance et à travers une main interposée.

*Auscultation*, roulement présystolique intense, claquement exagéré et dur du premier bruit, dédoublement du deuxième bruit, d'ailleurs mal perceptible à cause de la tachycardie.

*Pouls* rapide, petit, de tension faible, 104 pulsations. Pas de dyspnée.

Quelques rares râles ronflants et sibilants disséminés dans les deux poumons.

T. 40°4.

*Urine*. — Traces d'albumine.

30 juillet. — La malade présente encore un peu de stupeur, la langue sèche et les dents fuligineuses bien que les bains soient pris depuis 48 heures.

Les taches rosées sont nombreuses, bien colorées, boutonneuses déjà anciennes.

L'abdomen est le siège d'un météorisme général assez marqué. Pas de gargouillement, pas de douleur, pas de diarrhée.

Les battements du cœur sont calmes, tranquilles, la lésion très caractérisée ne paraît pas influencée par la maladie aiguë.

2 août. — On a maintenu de la glace sur l'abdomen depuis trois jours. Le météorisme a diminué. Il n'est pas survenu de diarrhée. Etat général bon, les contractions cardiaques restent normales.

6 août. — La malade a sauté le bain de 10 heures, parce qu'elle trouvait qu'elle toussait trop, sans qu'il y ait eu d'avis médical. L'état général paraît assez bon, la dyspnée n'est pas apparente, mais on constate un peu d'anasarque d'apparition récente.

Bouffissure de la face, des mains et des pieds avec un peu d'ascite et œdème plus marqué de la paroi. Cet œdème est indolent, blanc, assez dur, irrégulièrement réparti.

Les battements du cœur sont réguliers mais moins énergiques, violents. Le rythme mitral reste très marqué à la palpation et à l'auscultation.

Aux poumons, nombreux râles bronchiques disséminés, confluent aux bases. Un peu d'expiration soufflante au sommet droit.

Taches rosées assez nombreuses.

7 août. — Les urines ne contiennent que des traces d'albumine, 0 gr. 15 ou 0 gr. 20 à l'Esbach.

8 août. — La malade a succombé cette nuit à 1 heure du matin. Dans la journée d'hier, l'œdème a augmenté en même temps que la dyspnée devenait plus vive; les battements du cœur restent réguliers mais sont très rapides. Le matin du 8 on a constaté 70 respirations et 150 pulsations à la minute.

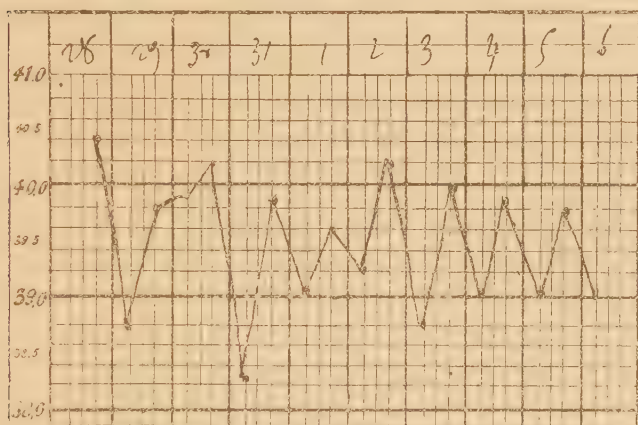
*Autopsie le 9 août.* — Le poumon gauche (700 grammes) présente des adhérences anciennes sur toute sa hauteur. L'organe est augmenté de densité, congestionné; sans qu'on constate sur les coupes de foyer lobulaire net, il paraît manifeste qu'on est en présence d'une inflammation interstitielle aiguë.

Le poumon droit (850 grammes) ne présente aucune adhé-

rence ; il est densifié dans presque toute son étendue. Sur les coupes, la surface est ferme, sèche, homogène ; les fragments vont au fond de l'eau sauf ceux qui comprennent les couches corticales. L'aspect est celui d'une pneumonie interstitielle aiguë pseudo lobaire, semblable aux pneumonies rhumatismales. Pas de tubercules.

Le péricarde contient un peu d'épanchement séreux ; pas d'adhérences, pas de fibrine.

Le cœur (280 grammes) est volumineux ; l'augmentation de volume est surtout l'effet de la dilatation.



Le myocarde est flasque, décoloré ; l'endocarde rouge par imbibition cadavérique. L'orifice mitral rétréci accepte le petit doigt et repousse l'index ; la valvule est épaissie mais assez souple ; pas d'ulcération, pas de surchage calcaire. La lésion est manifestement ancienne et cicatrisée. De plus on trouve une très petite végétation récente, unique, sur le bord libre de la grande valve.

Le péritoine ne contient pas d'épanchement.

Le foie est volumineux, pâle, un peu jaunâtre.

La rate (300 grammes) est volumineuse et molle.

Les reins (dr. 120, g. 125) sont blanchâtres, tuméfiés; sur les coupes, la substance corticale paraît gonflée et décolorée, mais l'aspect est modifié par une putréfaction livide déjà avancée. L'intestin est légèrement météorisé, aucune trace de péritonite même locale.

Les derniers centimètres de l'intestin grêle jusqu'à la valvule de Bauhin, présentent une muqueuse tuméfiée, brunâtre et présentant de plus quelques granulations opaques, fines, régulièrement disséminées. On n'y trouve pas d'ulcération proprement dite. Un peu plus haut, dans l'intestin, on retrouve quelques rares plaques de Peyer tuméfiées, molles, friables mais sans perte de substance ulcéreuse. Sur la face péritonéale, au niveau de ces plaques, on constate un peu de rougeur et quelques granulations analogues à celle de l'extrémité terminale.

28 juillet, 4 bains.

29 — 8 —

30 — 8 —

31 — 8 —

1<sup>er</sup> août, 8 —

2 — 8 —

3 — 8 —

4 — 8 —

5 — 8 —

6 — 3 + 4 = 7 a sauté celui de 10 heures  
matin quoiqu'elle ait eu 40°.

7 — 8 bains.

Les quatre observations qui suivent nous ont été communiquées par M. le D<sup>r</sup> agrégé Weil.

#### OBSERVATION VII

Communiquée par M. le D<sup>r</sup> Weil, n<sup>o</sup> 318, Hôpital de la Charité

La nommée Ch... Jeanne, âgée de 11 ans 1/2, est entrée à l'Hôpital le 8 août 1894.

Mère en bonne santé, père à l'hôpital pour une fièvre typhoïde, trois frères bien portants.

A eu la rougeole à 9 ans, pas de coqueluche. Scarlatine l'hiver dernier (1893). Pas de convulsions mais plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu.

Endocardite, insuffisance mitrale, hypertrophie légère du cœur, pas de signes fonctionnels.

Elle est malade depuis quinze jours mais garde le lit depuis le 3 août. Diarrhée depuis le commencement, pas d'épistaxis.

9 août. — *Etat actuel* : Pas de phénomènes nerveux bien accentués, mais un peu de subdélire. La malade a dormi cette nuit. T. 40° 2. Pas de maux de tête.

Langue un peu blanche au milieu, son enduit humide, rouge à la pointe et sur les bords, lèvres fuligineuses, ventre un peu ballonné.

Douleurs dans la fosse iliaque droite mais pas de gargouillements.

Un nombre considérable de taches rosées sur l'abdomen, les cuisses et le thorax.

*Poumons*. — Un peu de toux, nombreux râles muqueux disséminés dans les deux poumons, pas de dyspnée. R. 36.

*Au cœur*. — La pointe bat dans le 4<sup>e</sup> espace en dedans de la ligne mamelonnaire. A la pointe, on trouve le maximum d'un souffle à timbre frottant, remplaçant le premier bruit. Il ne s'entend pas dans le dos, pas de palpitations. Pouls 124.

Les urines n'ont pas pu être examinées.

10 août. — Puls, 130, un peu de subdélire. Eruption très manifeste de taches rosées. Diarrhée assez accentuée.

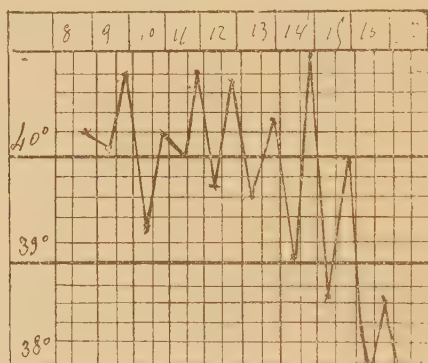
11 août. — Les urines contiennent de l'albumine et des urates. P. 130. Mêmes signes au cœur, Bains bien supportés.

12 août. — R. 34. P. 124. Mêmes signes au cœur. selles diarrhéiques contenant quelques matières solides.

13 août. — P. 120. R. 34. La diarrhée persiste ainsi que les taches rosées, l'abdomen n'est pas douloureux à une pression superficielle.

Langue un peu sèche mais sans enduit.

Aux poumons, râles de bronchite disséminés.



Au cœur, mêmes signes, vive sternalgie.

15 août. — Mêmes phénomènes. Sternalgie un peu moins vive.

16 août. — P. 100. R. 32. Le matin chute de la température de 40° à 37°8. Langue toujours un peu sale mais humide

La diarrhée diminue. Plus de douleur à la pression de l'abdomen, les taches rosées diminuent.

*Au cœur.* — Le souffle systolique persiste mais plus localisé à la pointe.

Aux poumons toujours un peu de toux et quelques râles de bronchite.

18 août — La température est descendue depuis le 15 août sans nouvelle ascension, bon état général.

Cœur, mêmes signes.

Poumons, bronchite légère.

20 août. — Etat général bon, pas de délire, pas de céphalalgie, ni de douleur abdominale.

Toujours un peu de diarrhée.

Au cœur on entend toujours le souffle ayant son maximum un peu au-dessous de la pointe et d'autre part se propageant dans la direction de l'aisselle.

Au-dessus de la pointe, le souffle est nettement frottant avec tendance au rythme à 3 temps.

22 août. — Ce matin sous chaque aisselle traces d'une légère desquamation.

L'amélioration persiste.

24 août. — Le souffle a une propagation de plus en plus nette du côté de l'aisselle.

27 août. — P. 90. Plus de diarrhée.

Aux poumons, quelques râles de bronchite, au deux bases, quelques râles fins et un peu de submatité, plus de toux.

Langue humide et rosée.

Au cœur on entend toujours le souffle systolique se propageant dans l'aisselle, et, au-dessus de la pointe, on entend le frottement d'une manière de plus en plus nette.

12 septembre. — Mêmes signes à l'auscultation du cœur.

19 sept. — Apyrexie depuis quinze jours, augmentation considérable de poids, ondulation de la région précordiale dans le 2<sup>e</sup> 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> espaces.

La pointe bat dans le 5<sup>e</sup> espace, sur la ligne mamelonnaire à 8 centim. de la ligne médiane.

P. 112, régulier. On trouve à la pointe un souffle systolique

en jet de vapeur qui se propage dans toute la région précordiale au-dessous du mamelon. On le trouve sur toute la paroi pectorale aussi bien à droite qu'à gauche au-dessous du mamelon. Il se limite à droite du sternum en bas à la 7<sup>me</sup> côte.

En arrière on le perçoit sur toute la surface dorsale beaucoup plus marqué en haut qu'en bas. On le trouve encore sur l'épaule, dans les veines du cou. Battements des vaisseaux du cou.

Elle n'a jamais pu courir sans être essouffée.

25 sept.— Même état, sort guérie.

Du 12 au 25 août, 8 bains par jour.

Le 26 août, 4 bains.

#### OBSERVATION VIII

Communiquée par M. le Dr Weil, n° 386, Hôpital de la Charité

*Rétrécissement organique de l'aorte, jamais de cyanose ni de troubles fonctionnels. — Rétrécissement pulmonaire.*

M... Aimée, 11 ans 1/2. Entrée le 3 octobre 1894.

*Antécédents héréditaires.* — Père vivant, a eu la fièvre typhoïde il y a 13 ans et depuis souffre de l'estomac.

Mère vivante, sept enfants bien portants.

*Antécédents personnels.* — Pas de coqueluche. Rougeole à 2 ans. Bonne santé habituelle.

*Maladie actuelle.* — Malade depuis dix-huit jours. L'affection a débuté comme une indigestion. Elle s'était plaint de son ventre, a eu des nausées. Un peu de céphalée. Courbature. Pas d'épistaxis. Elle est au lit depuis quatre jours. Elle vomit depuis deux jours et a de la diarrhée depuis hier 2 octobre. Boit de l'eau d'une pompe.

*Etat actuel.* — Assez bon. Langue un peu blanchâtre, mais encore humide.

T. 39° 1 hier au soir et 37° 9 ce matin. Pas de céphalée. Le ventre ne paraît pas être météorisé.

Un peu de douleur et de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Une ou deux taches rosées douteuses.

*Cœur.* — Pointe dans le cinquième espace, au-dessous du mamelon.

On entend un souffle systolique assez fort sur toute la région précordiale avec prédominance à la base. P. 124, régulier. Aux poumons, quelques râles ronflants et sibilants disséminés dans les deux sommets.

Pas de zone de matité.

Albumine dans les urines.

3 octobre 1894. — Le souffle systolique est rude, très intense. Son maximum est au niveau du premier et du deuxième espace, près du sternum à gauche. Il se propage sur tout le côté gauche de la poitrine, de l'aisselle et du dos, dans tout l'espace qui est au-dessus de la sixième côte. A droite, il se prolonge dans la partie supérieure au-dessus du mamelon. Se perd dans l'aisselle et reparait au dos, au-dessus de la cinquième côte. Il se propage tout le long de la colonne vertébrale dans la région dorsale. Il a un second maximum au-dedans de l'omoplate gauche à sa partie moyenne. Il ne se propage pas dans les vaisseaux du cou. Là où l'on n'entend pas le souffle, le deuxième bruit est parcheminé, sec et superficiel.

P. 104, régulier, un peu petit, sans dureté.

8 oct. 1894. — Depuis son entrée, T. intermittente aux environs de 39° 5 le soir et 37° 5 le matin.

Pas de vomissements.

Plus de diarrhée, plutôt constipation.

Pas de taches rosées. Langue bonne.

A l'auscultation, rien.

Plus d'albumine dans les urines.

14 oct. — Depuis le 10, la température qui jusque-là était



Langue rouge au milieu, rouge sur les bords. Enduit peu épais. Petite plaque opaline le long du rebord gingival.

Pouls régulier, petit et mou, 140.

La respiration est un peu obscure aux deux bases. La malade est pâle, répond bien aux questions. Un peu de délire cette nuit.

Albumine dans les urines.

18 oct. — La température se maintient autour de 40°.

Prend des bains à 30°, depuis hier.

Les abaissements de température sont assez considérables.

La diarrhée persiste. Trois ou quatre selles par jour. Ne vomit pas.

Taches rosées toujours très nombreuses.

Pas de douleur ni de gargouillements dans la fosse iliaque.

Pas de matité splénique. Teint toujours pâle.

20 oct. — Eruption de taches rosées très intenses, généralisées au tronc, à l'abdomen, au dos, aux fesses, aux cuisses et assez foncées en coloration.

Elle se plaint un peu de la gorge. Mais on ne voit rien dans son pharynx que quelques granulations, sans rougeur sur la paroi postérieure. Une glande cervicale à droite peu douloureuse au palper.

Toujours pas de douleur ni de gargouillement dans la fosse iliaque.

Quelques selles diarrhéiques après les lavements.

24 oct. — La température tend à baisser depuis le 20.

Pas de diarrhée.

14 novembre. — Commencement de desquamation furfuracée de l'aisselle.

20 nov. — La desquamation est à peu près disparue. On en constate des traces dans la partie externe des bras.

Diarrhée complètement disparue. Pas de matité splénique.

La pointe du cœur est au cinquième espace dans la ligne mamelonnaire.

30 nov. — Mêmes signes du côté du cœur. Pouls régulier, 92. Rien aux poumons. N'a présenté ni avant ni pendant ni après de troubles fonctionnels.

Du 16 au 27 octobre, 8 bains par jour.

Le 27, 5 bains.

#### OBSERVATION IX

Communiquée par M. le Dr Weill, n° 1490, Hôpital de la Charité

Francine J..., âgée de 5 ans, née à Lyon, entrée le 28 septembre 1897, sortie le 21 novembre 1897, lit n° 34 bis.

La mère est atteinte actuellement d'une salpingite, elle a des écoulements leucorrhéiques abondants qui durent depuis plusieurs ans. Deux fausses couches, dont une à 5 mois, l'autre à 3 mois. Pas de stigmates syphilitiques appréciables. Le père est bien portant. Trois enfants : un garçon de 7 ans, en bonne santé ; l'enfant présente, et une petite fille de 3 ans bien portante.

La petite malade n'a eu antérieurement que la rougeole traitée à l'Antiquaille. Pas de rhumatisme. Il y a environ trois mois que l'enfant est malade. Elle a eu des pertes blanches coexistant avec de la maigreur progressive une diminution notable de l'appétit. De plus, au dire de la mère, tous les soirs vers 5 heures, l'enfant accuse de la fièvre qui se prolonge dans la nuit jusqu'à 10 ou 11 heures. En même temps, il y a de l'insomnie, des rêves pénibles allant jusqu'aux cauchemars. De plus, elle tousse quelquefois d'une toux sèche facile, vomit quelquefois après avoir toussé.

Il y a une huitaine de jours, l'écoulement vulvaire s'est un peu amendé, mais la fièvre a augmenté.

À l'entrée, le facies est un peu pâle, les yeux brillants. L'examen des viscères décèle :

*Poumon gauche.* — En arrière, pas de modification de la

sonorité, quelques râles de bronchite prédominant à la base. En avant, pas de signes nets.

*Poumon droit.* — En arrière et en avant, quelques râles sonores moins nombreux qu'à gauche. Les sommets sont indemnes.

*Au cœur.* — La pointe bat dans le 4<sup>e</sup> espace un peu au-dessus du mamelon, elle se déplace d'environ 3 centimètres et vient battre en dehors de la ligne mamelonnaire dans le décubitus latéral gauche exagéré.

La palpation ne révèle rien.

A l'auscultation, on entend un souffle systolique intense, constant, non modifié par l'attitude, s'exagérant plutôt par la pression du stéthoscope. Ce souffle qui a un timbre rude, râpeux, s'entend à la pointe, dans toute la région paraxipienne ; il se propage nettement dans l'aisselle, et quoique très faiblement, le long du bord gauche du sternum où on le perçoit dans le 3<sup>e</sup> espace. Il s'entend dans le dos. Le deuxième bruit est éclatant, fortement frappé.

Pouls 112, régulier, assez fort.

Comme troubles digestifs, il y a de l'anorexie, quelques rares vomissements, mais ni constipation, ni diarrhée.

A l'examen, on ne constate aucun signe de dothiéntérie, pas de mabité splénique, pas de gargouillements ni de douleurs iléo-cœcales, pas de tâches rosées. La langue est recouverte d'un enduit saburral blanchâtre au centre.

L'écoulement vulvaire enfin est peu abondant, c'est à peine un suintement ne provoquant pas d'érythème. Par contre, le corps est couvert de petites macules, quelques-unes recouvertes de croutelles et reconnaissant vraisemblablement pour cause la présence de pédiculi.

L'examen bactériologique de l'écoulement montre l'absence, de gonocoques.

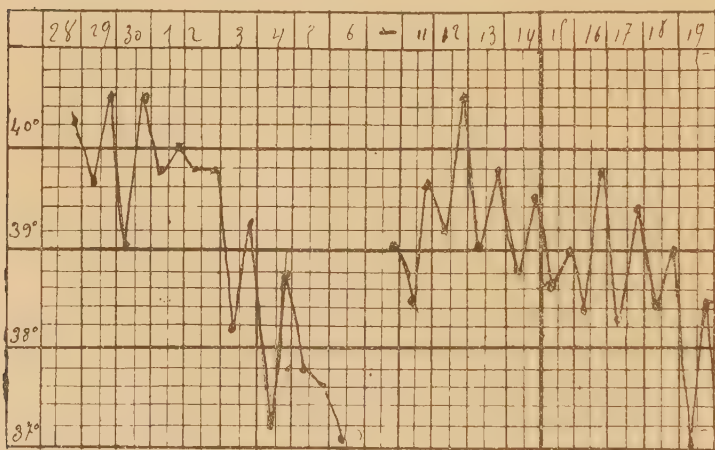
29 septembre. — T. atteint hier soir et ce matin 40°.

Réaction de Vidal positive après 1 h.  $\frac{3}{4}$  avec une culture de 48 heures.

30 sept. — Deux selles diarrhéiques cette nuit. Pas de taches rosées. Pas de matité splénique. Langue légèrement saburrale.

Pouls régulier : 108. La température commence à baisser. Pas de modifications de réflexes rotuliens.

1<sup>er</sup> octobre. — On constate des taches rosées sur les cuisses et le thorax. Matité splénique 3 centimètres. Quatre selles diarrhéiques par jour. Pas d'agitation, pas de délire. L'abdomen est légèrement ballonné. Langue un peu saburrale. Réflexes rotuliens très diminués. Pouls : 104.



Les bruits du cœur sont un peu plus faibles. Le souffle s'entend toujours sous l'aisselle et en arrière.

La pointe bat dans le 4<sup>e</sup> espace. Largeur : 5 centimètres  $\frac{1}{2}$ . Longueur approximative : 7.

11 oct. — Depuis le 4, il y avait de l'apyrexie ; hier, la température s'est de nouveau élevée. Depuis quelques jours,

la diarrhée a disparu et a été remplacée par de la constipation.  
(Calomel : 0 gr. 30). Matité splénique : 5 centimètres.

Toujours même caractère du souffle.

16 oct. — La température tend à baisser. Même caractère du souffle. Même propagation. Matité splénique à peu près disparue. Desquamations lamelleuses à la partie inférieure de l'abdomen.

Pas d'exagération des réflexes, ni de trépidation.

21 oct. — Depuis hier, température normale. La seconde poussée fébrile a duré 10 jours et a affecté un type rémittent sans grande élévation de la température. Pendant cette période fébrile, surtout à la fin, il y a une nouvelle poussée de taches rosées.

Constipation. Matité splénique : 5 centimètres. Même caractère du souffle. Pou's régulier : 100 pulsations. Ni la dothiëntérie, ni bains n'ont eu une influence quelconque sur l'affection cardiaque. Réflexes rotuliens diminués. Pas de trépidation.

25 oct. — Matité splénique disparue. Même caractère du souffle. La vulvite persiste toujours.

Pas d'albumine.

Du 30 septembre au 4 octobre, 8 bains par jour.

Le 5 octobre, 4 bains.

#### OBSERVATION X

Communiquée par M. le Dr Weill, n° 1857, Hôpital de la Charité

Marguerite M..., 7 ans 1/2, entrée le 10 février 1898 ; sortie le 31 mars 1898, lit n° 36.

Père, mort de rhumatisme ; mère, actuellement atteinte de fièvre typhoïde, entrée à l'Hôtel-Dieu avec une fille de 17 ans en même temps que la petite entrainée à la Charité. Sept enfants dont l'un est entré à Sainte-Aline pour fièvre typhoïde ; un autre à l'Hôtel-Dieu. En somme, quatre cas simultanés. Le

frère, âgé de 5 ans, est mort au bout de quelques jours, les trois autres sont tous guéris.

Malade depuis 8 jours, tousse un peu. Hier, elle s'est plaint du ventre et de la tête, diarrhée dès le début, on ignore le nombre de selles quotidiennes, pas d'épistaxis.

A l'entrée, l'enfant est abattue, pâle, ses réponses sont parfois contradictoires ; la température est élevée mais ne dépasse pas 40°. La malade tousse un peu depuis un mois ; à l'examen des poumons, on entend des sibilances et râles muqueux disséminés, surtout abondants aux bases et du côté gauche en arrière. Un peu de submatité aux deux bases en arrière.

*Cœur.* — Pointe cinquième espace, un peu au dessous du mamelon. On entend à la pointe un bruit de souffle systolique un peu aigu, propagé vers l'aisselle. On l'entend encore un peu vers l'orifice pulmonaire, on l'entend bien dans le dos. A la base, le premier bruit est un peu voilé, quelquefois même paraît s'accompagner d'un très léger souffle, mais ce fait est inconstant. Pouls régulier, accéléré, 120, la tension semble un peu diminuée.

Langue saburrale au centre, rosée sur les bords, la langue et la bouche sont un peu sèches, sur la lèvre inférieure, on constate quelques croûtilles noirâtres peu abondantes et fines. Rien d'anormal dans le pharynx.

Abdomen légèrement ballonné. On sent un peu de gargouillement dans les deux fosses iliaques ; la pression de la fosse iliaque droite est douloureuse. La rate présente une matité splénique égale à peine à un ou deux centimètres.

Sur l'abdomen et la partie antérieure du thorax, et surtout sur les côtés de ce dernier, on trouve quelques petites taches rosées, on peut en compter huit ou dix le soir de l'entrée de la malade. La malade a de la diarrhée, elle a eu quatre selles jaunâtres dans la journée. Elle dit avoir faim.

Pas de troubles du système nerveux bien notables, elle ne délire pas; les réflexes rotuliens sont un peu brusques et paraissent exagérés, on ne peut obtenir de la trépidation plantaire, même après percussion répétée du tendon rotulien.

Réaction de Widal est positive, on trouve de fort gros amas; entre eux, on retrouve cependant des bacilles encore doués d'une certaine mobilité.

La malade est pâle, n'a pas de dyspnée (24 respirations à la minute) elle se plaint d'avoir quelques douleurs dans la région précordiale et au niveau de l'épaule gauche.

Urines : pas d'albumine.

9 février, soir. — T. est élevée à 40°. Pouls 128, régulier. Les réflexes rotuliens sont notablement exagérés. Après percussion répétée du tendon rotulien, on obtient une ébauche de trépidation plantaire. Taches rosées assez abondantes.

On apprend que le père était rhumatisant et atteint de cardiopathie dont il est d'ailleurs mort. La malade a eu l'année dernière du rhumatisme articulaire et se plaignait de douleurs au pied.

11 févr. — T. se maintient, l'état général est un peu aggravé, il y a très peu de délire. Réflexe rotulien exagéré. Pas de trépidation plantaire.

Abdomen non ballonné.

Taches rosées en quantité moyenne. Matité splénique 6<sup>cm</sup>. Quatre ou cinq selles par jour. Langue sèche, les lèvres vernissées; la voix est prise depuis hier. Rien au gosier, elle n'a aucune tendance syncopale, supporte bien les bains. Pouls régulier, 120.

Le soir, pendant les bains épistaxis de peu d'abondance qu'on peut évaluer à 70 grammes.

A 9 heures, la malade a eu, à deux reprises, une hématomèse de faible abondance, le sang rutilant étant mêlé au contenu stomacal. Pouls accéléré, suspension des bains.

12 févr. — L'hémorrhagie ne s'est plus reproduite. La malade est un peu pâle. Les bains suspendus, la température baisse, elle se plaint d'avoir mal au cœur. Il y a du méloëna cette nuit, elle n'a pas d'hémorrhagie intestinale, le pouls oscille entre 120 et 128 le soir.

17 févr. — Les matières ont repris leur couleur ordinaire, la diarrhée est diminuée de fréquence, ventre souple non ballonné. Pouls 124, régulier.

Urines, de teinte normale sans albumine.

14 févr. — T. baisse de plus en plus, état général meilleur, pouls 128. Langue moins sèche en train de se dépouiller, voix voilée. Rien dans le gosier, ventre non ballonné.

Matité splénique 3 centim. Un peu d'exagération des réflexes rotuliens. Ne délire pas. Quand on l'interroge, manifeste un ennui et de la mauvaise humeur qui confine presque au délire.

7 févr. — T. presque normale, toujours de mauvaise humeur, diarrhée disparue, rien au foie, pas de matité splénique, le souffle cardiaque paraît augmenté d'intensité et de champ de propagation. Pouls 120, régulier. La langue est en train de se dépouiller.

Ce matin, après plusieurs tentatives de percussion du tendon rotulien, la trépidation plantaire est manifeste, elle ne s'est produite que du côté percuté, c'est-à-dire à gauche. Du côté droit, la trépidation ne se produit pas, malgré des tentatives réitérées. Il y a donc hémis-trépidation, bien que la trépidation existe à gauche, le réflexe rotulien est plus marqué à droite. La trépidation a fini par se produire du côté droit, mais très tardivement et d'une façon incomplète.

19 févr. — La trépidation a disparu.

23 févr. — Elévation thermique légère. Pas de trépidation plantaire.

24 mars. — Du 5 au 8 mars, l'enfant a présenté deux ascen-

sions thermométriques à 40 et 41°. Cette température coïncide avec une épidémie grippale. Elle commence à manger. Pas de diarrhée, elle est au contraire constipée.

Pas de matité splénique.

Pas de trépidation plantaire.

Légère exagération des réflexes tendineux. On trouve toujours un souffle avec maximum à la pointe en jet de vapeur systolique se propageant en haut le long du sternum jusqu'à son extrémité supérieure, en bas jusqu'à la huitième côte, en dedans jusqu'au bord droit du sternum, en dehors jusqu'à la partie postérieure de l'aieselle.

Dans le dos, on l'entend dans toute l'étendue de la colonne dorsale et de chaque côté jusqu'à la partie postérieure de l'aisselle aussi bien à droite qu'à gauche.

La propagation est donc plus étendue en arrière qu'en avant. La pointe est dans le cinquième espace.

Pas de voussure, pas de frémissements.

Pas d'impulsions exagérées.

Pas de troubles fonctionnels, ni gonflements des jugulaires, ni œdème.

Pas de troubles subjectifs, ni palpitations, ni essouffements.

Cœur est régulier, 120.

Eruption de pityriasis versicolore (bains de sublimé).

9. février, 2 bains.

10 — 8 —

11 — 8 —

12 — 8 —

13 — 8 —

14 — 4 —

8 février, température 40°1.

9 — — matin, 39°7 soir, 40°8.

10 — — — 39 5 — 40 4.

11 — — — 49 1 — 40 4.

|    |                             |    |   |              |
|----|-----------------------------|----|---|--------------|
| 12 | février, température, matin | 39 | — | 39 8.        |
| 13 | —                           | —  | — | 38 8 — 39 4. |
| 14 | —                           | —  | — | 38 5 — 39 3. |
| 5  | Mars                        | —  | — | 38 2 — 40.   |
| 7  | —                           | —  | — | 37 3 — 40 8. |
| 8  | —                           | —  | — | 36 8         |
| 26 | —                           | —  | — | 37 6 — 39 5. |
| 27 | —                           | —  | — | 38 4 — 39 8. |
| 28 | —                           | —  | — | 38 8 — 39 9. |
| 29 | —                           | —  | — | 40 1 — 40 4. |
| 30 | —                           | —  | — | 39 — 39 8.   |

#### OBSERVATION XI (Personnelle)

Récueillie dans le service de M. le Docteur Coste

*Fèvre typhoïde. — Insuffisance mitrale. — Insuffisance aortique*

Le nommé D... Lorenzo entre à l'hôpital le 4 décembre 1898.

*Antécédents héréditaires.* — Pas de renseignements.

*Antécédents personnels.* — En 1893, affection thoracique, ayant débuté par un point de côté à droite et une fièvre assez forte. Durée de la maladie, un mois environ. Le malade reprend son travail. Un an après, il constate une certaine gêne précordiale, de l'essoufflement rapide après un travail pénible ou en montant des escaliers.

Il a eu souvent, depuis cette époque, des périodes d'indisposition durant 7 ou 8 jours, pendant lesquelles il était obligé d'interrompre son travail. Ces indispositions étaient caractérisées par des quintes de toux très pénibles, suivies d'expectoration abondante et sans fièvre.

*Début de la maladie actuelle.* — Malade depuis le 22 novembre. Début par une de ses indispositions habituelles. Puis fièvre, douleurs abdominales, ventre ballonné, diarrhée abondante et fétide.

*Etat actuel.* — Pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Ventre douloureux et légèrement ballonné. Langue sèche, rouge sur les bords, diarrhée.

Adynamie assez marquée. Eruption assez abondante de taches rosées sur l'abdomen.

*Poumons.* — Râles de bronchite dans toute leur hauteur. Pas de tuberculose.

*Cœur.* — A la pointe, souffle systolique doux, filant vers l'aisselle. A la base, souffle systolique ayant son maximum à l'orifice aortique et descendant le long du sternum. Insuffisance mitrale et aortique. Endocardite probablement pneumonique, datant de 1893. Teint cardiaque, yeux brillants, lèvres légèrement cyanosées. Pas de méiopragie.

T. 36° 8. Traitement, pot. ergotine, 2 gr., pot. extrait mou, 4 gr., Todd, 70 gr. Lait.

La température monte à 38° le 5 décembre, puis redescend le 6 à 36°.

Le 10, on lui donne un potage et l'alimentation suit son cours régulier.

La séro-réaction donne un résultat nettement positif le 15 décembre.

Il sort guéri le 2 janvier.

## OBSERVATION XII (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le Docteur Alezais

*Dothiéntérie.* — *Rétrécissement mitral, hémiplégie*

Le 31 mai 1897, la nommée R.. Gabrielle, âgée de 34 ans, est entrée à l'hôpital, salle Sainte-Thaïs, n° 21.

*Antécédents héréditaires.* — Néant.

*Antécédents personnels.* — A eu des accidents choréiformes à l'âge de 4 ans. Quelque temps avant, elle avait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu. A l'âge de 6 ans, elle est atteinte d'hémiplégie droite qui dure encore.

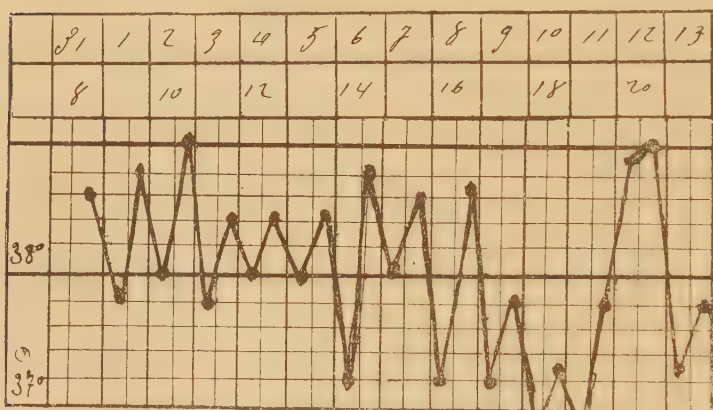
La malade est enceinte de trois mois.

*Début de la maladie actuelle.* — Fatiguée depuis le 23 mai. Lassitude générale, pas de frissons, épistaxis très abondante. Somnolence, stupeur. Un peu de diarrhée très fétide.

*Etat actuel.* — Adymanie assez marquée: Langue saburrale au centre, rouge sur les bords. Fuliginosités brunâtres sur les dents.

Sur l'abdomen, éruption assez abondantes de taches rosées.

Ventre ballonné, assez tendu. Il y a du gargouillement dans la fosse iliaque droite. La rate n'est ni augmentée de volume, ni douloureuse.



Diarrhée jaunè, fétide. Cinq selles par jour en moyenne.

Pas de vomissements.

*Appareil respiratoire.* — Sain.

*Cœur.* — A la palpation, frémissement présystolique. Auscultation, roulement présystolique intense. Claquement assez fort du premier bruit. Dédoublement du second. Nous sommes en présence d'un rétrécissement mitral.

*Urines.* — Normales.

T. 38° 6.

1<sup>er</sup> juin. — Quelques nouvelles taches rosées.

Le cœur se maintient bien. P. 104.

Traitement: Pot. extrait mou, 4 gr. Todd, 60 gr. Une injection de caféine le soir.

2 juin. — Séro-réaction, 1/10. Résultat très positif. P. 110.

4 juin. — Avortement, s'effectue rapidement, suites très naturelles. La tension du pouls est presque normale.

T. 16. La température se maintient entre 38° et 38° 5.

La défervescence commence. Le 11 juin, T., 36° 8.

12 juin. — élévation de température, 38° 8, due à un abcès de l'aisselle. Incision. La température descend le jour suivant. Convalescence complète le 17 juin.

Pendant toute la maladie le cœur s'est bien maintenu.

Sort le 30 juin, complètement guérie.

### OBSERVATION XIII (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le Docteur Fioupe

#### *Dothiémentérie. — Insuffisance mitrale*

Le nommé F..., âgé de 16 ans 1/2, marchand de fruits, entre à l'hôpital, le 29 octobre 1898.

*Antécédents héréditaires.* — Néant.

*Antécédents personnels.* — A 12 ans, attaque de rhumatisme articulaire aigu.

*Début de la maladie actuelle.* — Malade depuis 9 jours. Début par céphalalgie. Insomnies. Cauchemars. Pas d'épistaxis. Coliques. Diarrhée fétide, assez abondante.

*Elat actuel* (30 octobre). — Eruption assez abondante sur l'abdomen de taches rosées. Ballonnement léger. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. La palpation est légèrement douloureuse.

Langue saburrale au centre, rouge sur les bords.

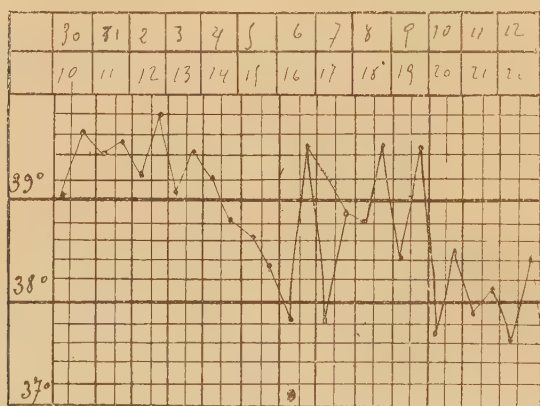
*Poumons.* — Râles de bronchite dans toute leur hauteur.

Submatité et obscurité au sommet gauche. Le malade tousse beaucoup. Expectoration à peu près nulle.

*Cœur.* — Souffle systolique très marqué à la pointe, file vers l'aisselle et s'entend en arrière. La pointe bat un peu en dedans du mamelon, et dans le cinquième espace. Dyspnée d'effort d'après le malade, pas de méioprégie.

Traces d'albumine dans les urines.

T. 39° le matin, 39° 6 le soir.



*Traitement.* — Pot. ergotine, 2 gr., extrait mou de quinquina, 4 gr., et Todd, 60.

Lait et 200 gr. de café.

Le 30 octobre, les bains sont donnés. Le malade les supporte bien.

Le cœur faiblit un peu. Le souffle mitral a légèrement diminué d'intensité, le second bruit est également plus faible. On lui fait deux injections de caféine par jour.

8 oct. — Le cœur se relève et le souffle reparait aussi net qu'avant. Le cœur est resté toujours en bon état depuis cette époque.

14 novembre. — Déferescence complète. Le malade prend

un potage. Le soir, élévation de température, 38° 1. Le lendemain, 36° 2. Continuation de l'alimentation sans que la température monte.

Il se lève le 19 novembre.

L'auscultation du cœur, ce jour-là, le montre dans le même état qu'à l'entrée du malade à l'hôpital.

Les râles de bronchite ont disparu, mais l'obscurité et la submatité à gauche semblent avoir augmenté.

A la toux on perçoit quelques craquements secs.

L'état général est faible, le malade tarde à reprendre ses forces. Il mange peu. Nous lui donnons un gramme de glycérophosphate de chaux par jour et deux cuillerées d'huile de foie de morue.

Une application de pointes de feu est faite au niveau du sommet gauche.

Le malade sort le 19 novembre.

#### OBSERVATION XIV (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le Dr Fioupe,  
Salle Sainte-Emilie, n° 15

##### *Fièvre typhoïde. — Insuffisance mitrale primitive*

La nommée Julia D..., âgée de 23 ans, sans profession, entre à l'hôpital le 17 août 1898.

*Antécédents héréditaires.* — Ne fait mention d'aucune maladie dans la famille.

*Antécédents personnels.* — Deux attaques de rhumatismes. Première atteinte à l'âge de quatre ans. Deuxième atteinte à dix-sept ans. Sujette depuis aux palpitations, essoufflement surtout quant elle monte des escaliers ou marche un peu vite.

*Début de la maladie actuelle.* — Malaises depuis le 15 juillet. Douleurs de tête, insomnies, cauchemars. Alitée le 8 août.

Etourdissement, syncopes passagères, céphalalgie plus intense localisée au front et au vertex.

Pas d'épistaxis. Diarrhée très forte.

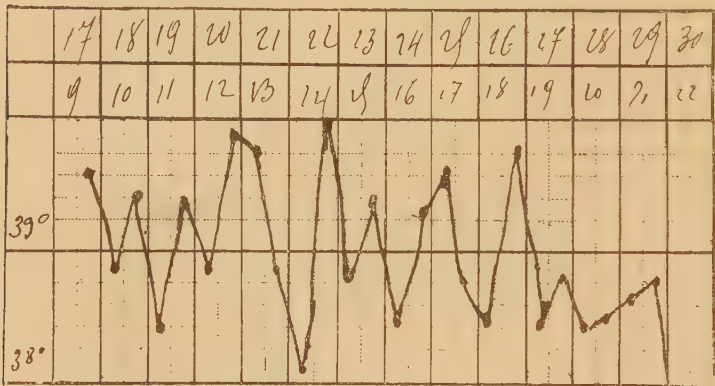
Ventre dur, ballonné.

*Etat actuel*, 18 août. — Température 39°. La veille au soir 39°6.

Taches rosées lenticulaires sur l'abdomen. Ventre assez douloureux, peu tendu, gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Diarrhée, céphalagie.

Poumons sains.



*Cœur*. — Frémissement de la paroi précordiale. Le premier bruit du cœur à la pointe est remplacé par un souffle. Celui-ci est très léger, doux, fuyant vers l'aisselle. Le second bruit est peu marqué.

Pouls assez régulier, 110 pulsations.

*Diagnostic*. — Fièvre typhoïde au neuvième jour avec endocardite primitive d'origine rhumatismale.

*Traitement* — Bains à 28° toutes les trois heures si la température dépasse ou atteint 39°.

Potion avec 3 gr. extrait mou de quinquina et 60 gr. de Todd.

Deuxième potion avec 2 gr. ergotine.

Alimentation. — Lait et café.

Le 18 août, à neuf heures du matin, le malade prend son premier bain. Temp. avant, 39°1, après, 38°1. Elle en prend un à midi et un autre à trois heures. Dans celui-ci elle a une légère défaillance, ainsi qu'au bain de six heures.

Nous remplaçons la potion d'ergotine qui lui donnait des nausées par deux demi-piqûres quotidiennes d'ergotinine de Tanret.

En outre, nous prescrivons toutes les six heures une injection hypodermique de 0,25 centigr. de caféïne. A la suite de ce traitement les défaillances n'ont plus reparu.

Le 19, la malade saute son bain de six heures du matin ayant une tempér. 38°4. L'injection de caféïne ne lui est alors pas faite. On la reporte à neuf heures immédiatement avant d'entrer dans le bain. Elle prend ce jour-là quatre bains seulement.

Le 20, elle prend les bains de neuf heures du matin, midi, trois heures, six heures soir et minuit.

Le cœur ne faiblit pas et reste tel qu'il était à l'entrée.

Le 21, quatre bains.

Le 22, trois bains. La maladie suit son cours régulièrement, rien d'anormal au cœur.

Le 23, la diarrhée est un peu plus forte.

Nous constatons pour la première fois du dicrotisme du pouls qui bat à 90 pulsations par minute.

Le 24, trois bains.

Le 25, trois bains.

Le 26, le séro-diagnostic donne un résultat nettement positif.

Le 27, la température tombe définitivement au-dessous de 39°. Le soir à six heures 38°9.

La défervescence s'accroît de jour en jour pour tomber au-dessous de 37° le 1<sup>er</sup> septembre. A ce moment, l'auscultation du cœur montre une plus grande intensité du souffle systolique à la pointe. On l'entend au niveau de l'angle de l'omoplate. C'est un souffle très net d'insuffisance mitrale.

La guérison est complète et tout traitement est supprimé. La malade prend seulement du vin de quinquina.

Potage le 3 septembre, un quart de ration le 4.

Un quart le 6. Demi-ration le 12. Le 13 diarrhée assez abondante qui dure cinq jours et qui a cédé à des cachets de bismuth et benzonaphтол.

Les règles suspendues pendant quarante-cinq jours repaissent le 30 septembre. Durée 5 jours. Plus abondantes que d'habitude. La malade sort le 10 octobre.

#### OBSERVATION XV (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le D<sup>r</sup> Alezais

*Dothiémentérie. — Insuffisance aortique.*

A... Emile, 35 ans, entre le 17 octobre 1897, salle Godfroy, n° 21.

*Antécédents héréditaires.* — Ne mentionne aucune maladie dans sa famille.

*Antécédents personnels.* — Alcoolisme, artério-sclérose, palpitations, essoufflements, dyspnée d'effort depuis quelques années sans pouvoir préciser le début.

*Début de la maladie actuelle.* — Malade depuis dix jours. Début par céphalalgie, insomnies, cauchemars. Malaise général, frissons, anorexie. Il s'est alité le 8 octobre. A ces symptômes est venue s'ajouter une diarrhée jaune, fétide, très abondante, s'accompagnant de coliques, ventre légèrement dur.

*Etat actuel, 17 octobre.* — La céphalalgie, les insomnies et

les cauchemars n'ont pas diminué. Anorexie absolue. Langue sèche, brunâtre au centre, rouge sur les bords. On remarque sur les dents des fuliginosités noirâtres. Douleurs abdominales vagues exagérées surtout à droite par la palpation.

Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Diarrhée toujours abondante, très fétide. Eruption moyenne de taches rosées très nettes. Poumons sains.

*Cœur.* — Souffle aortique diastolique et à la fémorale un double souffle intermittent. Il y a une insuffisance aortique.

Le pouls est assez régulier et bat à 90 pulsations à la minute. Température, 39° 6.

*Traitement.* — Bains à 27° refroidis à 24-25° toutes les trois heures.

Ergotine, 2 grammes dans 120 gr. de potion.

Extrait mou de quinquina, 4 gr. dans potion de Tood. 120 gr.

Le malade prend le jour de son entrée le bain de 6 heures et de 9 heures.

Température : avant, 39° 6 ; après, 38°. A 9 heures, avant, 39° 6 ; après, 37° 7.

18 octobre. — L'analyse des urines décèle des traces d'albumine. L'état du cœur ne s'est pas modifié. P. 84. Le malade prend huit bains dans la journée avec un abaissement moyen de 1° à 1° 5, 20 minutes après le bain.

On constate un dirotisme marqué au pouls radial.

Il est rendu très évident par le tracé sphymographique.

21 oct. — Le cœur se maintient bien, 86 pulsations. Le malade saute le bain de 6 heures du matin, ayant 39°. Il saute celui de 9 h. du soir. T. 38° 8.

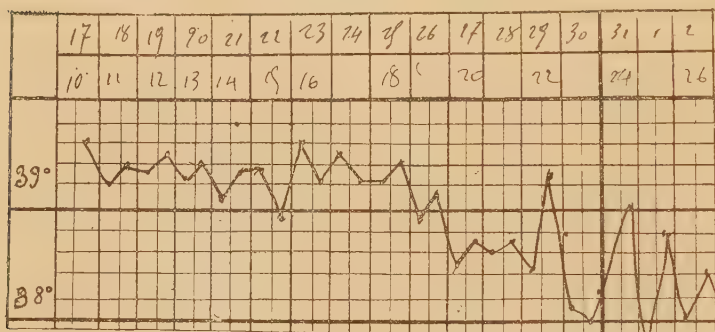
22 oct. — Séro-diagnostic nettement positif. Le malade saute trois bains dans la journée.

26 oct. — Le malade prend son dernier bain à 6 heures du soir, 39° 4, après 36° 8.

29 oct. — Un second séro-diagnostic 1/200 est fait, également positif.

Dans la journée un visiteur lui a, paraît-il, fait manger du chocolat. La température remonte le soir à 39° 3. Le 30 elle retombe à 38° 3.

31 oct. — La température ayant atteint 39° 4, on lui donne le bain de 3 heures et celui de 6 heures bien que pour ce dernier la température n'atteigne que 38° 8.



La défervescence est complète le 5 novembre. Le 8, le malade prend un potage. Le 12, 1/2 quart. Le 16, 1/4 de ration.

Le pouls est moins fort, régulier, plus de dicrotisme appréciable au doigt, mais très net au tracé sphymographique.

Le 20 novembre il prend la demi-ration et se lève pour la première fois.

Il sort le 27, guéri.

Plus d'albumine dans les urines.

17 octobre, 2 bains.

18 — 8 — 84 pulsations.

19 — 8 — 66 —

20 — 8 — 84 —

21 — 6 — 84 —

|                 |          |   |        |    |             |
|-----------------|----------|---|--------|----|-------------|
| 22              | octobre, | 6 | bains, | 96 | pulsations. |
| 23              | —        | 6 | —      | 84 | —           |
| 24              | —        | 4 | —      | 80 | —           |
| 25              | —        | 2 | —      | 84 | —           |
| 26              | —        | 1 | —      | 84 | —           |
| 27              | —        | 0 | —      | 84 | —           |
| 28              | —        | 0 | —      | 84 | —           |
| 29              | —        | 0 | —      | 96 | —           |
| 30              | —        | 0 | —      | 96 | —           |
| 31              | —        | 0 | —      | 84 | —           |
| 1 <sup>er</sup> | novemb.  | 2 | —      | 72 | —           |
| 2               | —        |   |        | 90 | —           |
| 3               | —        |   |        | 78 | —           |
| 4               | —        |   |        | 78 | —           |
| 5               | —        |   |        | 98 | —           |

#### OBSERVATION XVI

Communiquée par M. le Docteur Chappet,  
Hôpital de la Croix-Rousse.

Le nommé T... Gilbert, âgé de 23 ans, charcutier, est entré le 28 septembre 1898, au n° 47 de la salle Sainte-Irénée.

*Antécédents héréditaires.* — Père âgé de 50 ans, bien portant.

Mère morte à 36 ans de fièvre typhoïde

Un frère et une sœur en bonne santé.

*Antécédents personnels.* — Scarlatine à l'âge de 11 ans.

A 18 ans, première atteinte de rhumatisme articulaire aigu généralisé sans atteinte cardiaque.

A 20 ans, rhumatisme poly-articulaire aigu, traité à Sainte-Irénée. A la suite de cette attaque, le cœur présente des lésions d'insuffisance mitrale. Il ne s'en est pas senti. Pas de palpitations, ni d'œdème des jambes. Ne s'opprime pas très facilement.

Il rentra pour une affection qui a débuté le lundi 19 septembre. Il était mal entrain, avait de l'anorexie, se sentait faible et avait des douleurs dans la nuque quand il tournait la tête.

Le 20 septembre, vomissements abondants. Courbature. Tête lourde. Depuis ce moment, les vomissements ont continué ainsi que l'anorexie.

Epistaxis quelques jours après. Pas de frissons.

*Etat actuel.* — Le malade se sent faible, la prostration n'est pas bien marquée, pas de céphalalgie, ni de vertige, ni de bourdonnements d'oreilles. Ses épistaxis ne se sont pas reproduites.

Le malade dort bien la nuit, pas de cauchemars ni de frissons.

Depuis deux jours, il prend du lait qu'il ne vomit pas. Selles diarrhéiques peu abondantes.

Pas de douleurs abdominales.

Langue saburrale. Ventre assez ballonné, sonorité un peu accentuée. Pas de douleur à la palpation, mais gargouillement dans la fosse iliaque droite.

La rate est perceptible dans une étendue de deux travers de doigt.

Fonctions urinaires normales.

Pas d'ulcération pharyngée.

Deux ou trois taches rosées.

T. 39° 3. Pouls plein, fort. 80 puls. Pas d'arythmée.

Le malade ne tousse pas. Rien aux poumons.

*Au cœur.* — La pointe bat énergiquement dans le cinquième espace sur la ligne mamelonnaire.

Léger frémissement à la palpation.

A l'auscultation, souffle net systolique à l'orifice mitral, de timbre doux, se propageant dans l'aisselle, assez prolongé et semblant, en certains points, précédé d'un roulement présys-

tolique. Pas de dédoublement du deuxième bruit. Les artères ont une expansion énergique avec peu de tension.

30 septembre. — Les bains sont bien supportés malgré les lésions cardiaques. On lui donne des bains à 28°.

1<sup>er</sup> octobre. — Ballonnement du ventre.

11 octobre. — Dernier bain.

25 octobre. — Après huit jours d'apyrexie relative, au-dessous de 38°, la température est remontée et aujourd'hui elle oscille autour de 39°. Les autres symptômes ne se sont pas accentués.

Le malade sort guéri le 28 novembre 1898.

Il a pris cinquante-cinq bains.

Le malade, dont l'observation n'a pas été prise d'une manière très détaillée au jour le jour, avait une insuffisance mitrale et peut-être un léger rétrécissement toujours bien compensés, sans arythmie, sans tachycardie. Les bains ont été bien supportés, n'ont pas amené de collapsus et n'ont pas modifié le rythme du cœur d'une façon appréciable.

## OBSERVATION XVII

Communiquée par M. le D<sup>r</sup> Leclerc, médecin des hôpitaux

B... Marie, 40 ans, couturière, entre salle des 3<sup>me</sup> Femmes, n° 29, Hôtel-Dieu.

Père mort à 50 ans, bonne santé ; mère morte à 51 ans, d'une maladie de foie. Un frère âgé de 50 ans, vivant et bien portant.

Réglée depuis l'âge de 13 ans. Mariée à 18 ans. Une fille morte à 16 ans d'affection inconnue. Couturière. Travail relativement facile.

Jamais beaucoup de santé ; cependant, aucune maladie grave jusqu'à 32 ans. Pas de rhumatisme.

Il y a huit ans, premier séjour à l'Hôtel-Dieu, salle des 1<sup>re</sup>

Femmes, pour essoufflement, palpitations, vomissements, dyspnée. Au bout de huit mois de séjour, elle sort considérablement améliorée. L'état général reste assez bon pendant six ans. Depuis deux ans, les phénomènes douloureux ont disparu, le travail devient beaucoup plus pénible, fièvre, essoufflements, surtout marqués l'hiver et les jours de brouillard. Crachats hémoptoïques. Palpitations, vomissements, inappétence, perte de forces.

Il y a environ quinze jours, cet état s'aggrave brusquement : la fièvre devient très forte ; insomnies, céphalalgie surtout marquée à la nuque et au front ; vomissements. Douleurs abdominales, constipation, anorexie, soif vive.

Entrée à l'hôpital le 14 août 1893, le 19<sup>e</sup> jour de sa maladie.

*Tube digestif.* — Langue blanchâtre, un peu sale au milieu, pas d'angine bien nette. Ventre ballonné, un peu douloureux à la palpation. Quelques taches roses sur le ventre et dans le dos. Douleur marquée dans les deux fosses iliaques. Pas de gargouillement. Constipation opiniâtre.

*Poumons.* — A la palpation : légère augmentation des vibrations à droite et en arrière. Percussion ne donne pas de renseignements. Auscultation : murmure vésiculaire un peu affaibli. Râles de congestion assez intenses, surtout marqués à droite où ils occupent toute la hauteur du poumon ; à gauche, on les entend seulement à la base. Pas de souffle.

La malade est assez faible et reste de préférence couchée ; le tronc légèrement relevé. Aspect pâle, mais par instant, bouffées de chaleur.

*Cœur.* — La matité paraît un peu étendue transversalement à la base. A la palpation on perçoit très nettement dans toute la région précordiale, mais surtout à la pointe, un frémissement intense présystolique. A l'auscultation : roulement diastolique et souffle présystolique ayant leur maximum à la pointe, avec propagation dans l'aisselle. L'auscultation de la

pointe fait également reconnaître un dédoublement bien net du deuxième bruit. Le cœur est irrégulier avec des intermit-  
tences par moment.

Pouls petit.

T. 40°2 et se maintient très élevée jusqu'au 17 août.

Urines assez fortement albumineuses.

17 août. — Délire assez marqué pendant la nuit. La diarrhée est très abondante. Les râles de congestion ne se sont pas modifiés.

La malade est mise au bain à 28° malgré sa lésion cardiaque en raison de l'hyperthermie et de ses phénomènes nerveux.

18 août. — La malade se réchauffe difficilement. Nausées et quelques vomissements.

La longueur du bain est diminuée de 15 à 10 minutes. Plus d'albumine.

22 août. — Quelques râles aux poumons.

La fièvre diminue, les bains sont bien supportés.

Le cœur n'a pas changé.

La malade sort guérie le 19 septembre. Elle a pris 59 bains.

La défervescence commencée le 26 août était complète le 31 du même mois.

### CHAPITRE III

---

Après avoir exposé les observations que nous avons trouvées dans la littérature médicale, celles qu'ont bien voulu nous communiquer nos maîtres de Lyon et celles des malades que nous avons recueillies dans les hôpitaux de Marseille, il nous reste à en faire une étude particulière et générale afin de pouvoir en tirer des conclusions utiles au pronostic et déterminer un traitement rationnel de la fièvre typhoïde chez les cardiaques.

MM. Tripier et Bouveret commentent de la sorte l'observation (Observ. IV) de leur malade atteint d'insuffisance aortique : « Il nous paraît impossible de rattacher ces formes convulsives à la cardiopathie. Elles ne sont pas, non plus, imputables à l'hyperthermie, car le malade n'a présenté aucun autre trouble cérébral dans l'intervalle de ses crises. Il ne s'agit pas davantage de l'urémie éclamptique, il y avait à peine des traces d'albumine dans les urines. Nous avons pensé que cet homme était épileptique.

« Insuffisance aortique et épilepsie ne nous ont pas

paru, dans une dothiéntérie grave constituer une contre-indication suffisante des bains froids. »

Sur les deux observations (Observ. VI) que M. le Professeur Bard à bien voulu nous communiquer, nous avons un décès et une autopsie qui nous a permis de nous rendre compte de la cause de la mort.

Il faut considérer, tout d'abord, que le cœur a présenté les mêmes signes du commencement à la fin de la maladie : « Les battements du cœur le 30 juillet sont calmes, tranquilles, la lésion très caractérisée ne paraît pas influencée par la maladie aiguë. »

Du 2 août, les contractions restent normales.

6 août, les battements du cœur sont réguliers mais moins énergiques.

La veille de la mort (7 août), les battements du cœur restent réguliers mais très rapides.

L'autopsie montre une lésion de rétrécissement mitral ancienne et cicatrisée. Les cavités sont augmentées de volume et surtout dilatées. Nous avons une explication très claire de cet état du cœur : elle est fournie par l'état des poumons. Ceux-ci présentent les signes anatomo pathologiques d'une pneumonie pseudo-lobaire, semblable aux pneumonies rhumatismales. Ils sont absolument gorgés de sang. La petite circulation se faisant très mal, le cœur s'est laissé dilater et a succombé en quelque sorte le premier. Dès lors la circulation étant complètement interrompue dans les poumons, la malade est morte asphyxiée.

Nous pouvons donc conclure que, dans ce seul décès sur nos quinze observations, la mort est due non pas au cœur mais aux poumons. La congestion pulmonaire

a été le premier stade vers la mort. Si le cœur n'eût jamais été touché, il aurait peut-être été plus capable de vaincre la résistance qui lui était faite par les poumons, ou bien il se serait laissé forcer moins vite, mais tel était l'état des poumons qu'il nous est permis de douter de la guérison même avec un cœur entièrement sain.

La fièvre typhoïde ne semble pas être plus aggravée par une endocardite ancienne, chez les enfants que chez l'adulte. C'est ce qui résulte des quatre observations que nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Weill. Les enfants ont fait des fièvres typhoïdes moyennes comme durée et comme intensité et elles n'ont jamais eu, ni pendant la maladie, ni pendant la convalescence, de menaces du côté du myocarde.

Le malade qui fait l'objet de notre XI<sup>e</sup> observation (personnelle) a eu une fièvre typhoïde extrêmement légère. Au douzième jour de sa maladie il avait une température égale à 36° et il n'a atteint qu'une fois 38° avant son entrée à l'hôpital.

Les signes cliniques de la maladie se sont montrés d'une façon assez nette : céphalalgie, douleurs abdominales, langue sèche, diarrhée, taches rosées et enfin séro-diagnostic positif.

Sa lésion cardiaque était assez sérieuse et assez profonde, insuffisance mitrale et aortique, pour assombrir le pronostic. D'autant plus qu'elle était, depuis quelque temps déjà, sur la limite de la décompensation. Les congestions répétées aux bases, le visage pâle, les lèvres cyanosées, etc., en sont la preuve. Comment se serait comporté ce malade s'il avait eu à subir une fièvre typhoïde grave ou même sérieuse ? nous devons

avouer que très probablement et malgré tous les efforts le cœur aurait succombé et que des crises d'asystolie seraient venues très vite rendre le pronostic fatal.

Chez la malade de notre XII<sup>e</sup> observation, la cardiopathie pouvait être non seulement influencée par la dothiéntérie mais encore par la grossesse qui était à son troisième mois. Contrairement à nos prévisions, tout s'est passé normalement. L'avortement s'est effectué au 17<sup>e</sup> jour de la maladie, il a eu des suites très naturelles. La tension du pouls ne s'est jamais abaissée, même après l'avortement, au-dessous de 14 et le pouls n'a jamais battu plus de 115 à 120 pulsations par minute.

La malade de l'observation XIV a fait une fièvre typhoïde bien nette et par les signes cliniques et par la séro-réaction très nettement positive.

Elle est entrée à l'hôpital le cinquième jour de sa maladie et nous l'avons baignée dès le lendemain matin. Elle avait eu chez elle des défaillances assez fréquentes, dues, pensait-elle, à sa maladie de cœur qu'elle connaissait. Ces défaillances se sont renouvelées deux fois, mais le traitement tonique en a eu raison. La marche de la maladie a été régulière et nullement influencée par son endocardite. Le vingt-troisième jour, la température est définitivement descendue à 36°8. Le cœur s'est bien comporté d'un bout à l'autre de la maladie. Il a été légèrement touché à un moment et a présenté quelques légers signes de myocardite, mais ils ont rapidement disparu et ne nous ont d'ailleurs jamais donné d'inquiétude pour la vie de la malade.

Le malade de notre XIII<sup>e</sup> observation a eu une dothiéntérie qui a affecté tous les caractères de la précédente.

Le nommé A..., qui fait le sujet de notre XV<sup>e</sup> observation, a eu une fièvre typhoïde très nette, deux séro-réactions positives. La marche de la maladie a été comme chez nos autres malades très régulière et la température commençait à descendre au 21<sup>e</sup> jour, quand le malade a commis l'imprudence de manger du chocolat, d'où ascension nouvelle de la température, qui a reporté la convalescence à dix jours plus tard.

Le cœur n'a jamais faibli pendant tout le cours de sa maladie. Le malade n'a jamais eu aucun accident, pas de délire; il prenait ses bains très volontiers, entrant et sortant tout seul de la baignoire. Jamais ni syncope, ni défaillance.

Nous avons toujours fait nos séro-réactions d'une façon très régulière afin d'être sûr de l'authenticité de nos dothiéntéries. Nous faisons la séro-réaction à 1/20 et toujours trois ou quatre à la fois, ce qui nous fournissait un moyen de contrôle. La même culture d'Eberth servait à tous les séro-diagnostic de la même journée.

Le malade qui fait l'objet de notre XVI<sup>e</sup> observation a eu une fièvre typhoïde assez légère quoiqu'avec rechute. Son cœur n'a jamais faibli et il a toujours supporté les bains sans incidents.

Il nous convient maintenant, après avoir examiné chaque observation en particulier, d'y jeter un coup d'œil d'ensemble et d'en dresser, pour ainsi dire, un tableau synoptique.

Dans les treize malades dont nous avons l'observation complète nous trouvons quatre enfants du sexe féminin, cinq femmes et quatre hommes. Il semble donc que la maladie n'a pas de prédilection pour l'un ou l'autre sexe et qu'elle puisse survenir aussi bien chez les enfants que chez les adultes.

Quelle a été l'intensité de la maladie, et présente-t-elle un rapport avec l'âge ou le sexe du malade ? Les quatre enfants ont fait des dothiéntéries de moyenne intensité dont la durée a été respectivement de 17, 22, 30 et 40 jours. Chez la dernière, la fièvre typhoïde ne s'est déclarée que le 17 ou le 18<sup>e</sup> jour, ce qui permet de reporter la durée de sa maladie à 21 ou 22 jours. Nous appelons moyenne, une fièvre typhoïde dont la température se maintient, dans la période d'état, entre 39 et 40°. Chez les enfants dont nous relatons les observations, la température a souvent dépassé 40°, mais il est d'observation courante que les enfants font souvent des températures élevées sans que celles-ci soient un signe pronostique grave.

Nous avons eu chez une femme une fièvre typhoïde grave suivie de mort ; les autres ont eu des dothiéntéries d'intensité moyenne. La durée de la maladie a oscillé entre 21 et 23 jours. Les hommes ont eu des dothiéntéries moyennes ; chez un seul elle a été très légère et n'a duré que 14 jours, alors que chez les autres elle a duré 22 ou 26 jours.

Chez tous ces malades la convalescence n'a pas été plus prolongée que d'habitude et presque tous ont pu sortir 10 ou 15 jours après le commencement de la défervescence.

La nature de la lésion cardiaque n'influe pas sur la marche ni sur la durée de la fièvre typhoïde. Sur treize cardiaques, nous trouvons sept insuffisances mitrales, quatre rétrécissements mitraux, un rétrécissement organique de l'aorte et une insuffisance aortique réunies chez le même malade. Les malades atteints d'insuffisance mitrale ont eu des dothiënentéries moyennes. Pour les deux rétrécissements, nous avons d'un côté un décès, et de l'autre une fièvre typhoïde légère.

Quelles ont été les complications et ont-elles pour cause la lésion cardiaque ?

Dans l'observation V nous nous trouvons en présence d'un délire nerveux vésanique qui est nettement héréditaire.

Chez la malade de la X<sup>e</sup> observation, légère hématomèse et un peu de melœna qui ont duré un jour et ne se sont, d'ailleurs, pas reproduits.

Chez tous nos malades, sauf celle de l'observation VI suivie de mort, aucune complication pulmonaire, quelques légers signes de bronchite qui ont complètement disparu avec les autres symptômes de dothiënentérie.

Le nombre des pulsations n'a jamais été exagéré. Il n'a pas dépassé 120 chez une enfant de 7 ans  $1/2$  et chez les autres malades il est resté entre 90 et 110. Il faut faire une autre exception pour la malade qui est morte et qui a eu, la veille de sa mort, 150 pulsations à la minute. Cette augmentation donne une fois de plus raison aux travaux de Griésinger, Murchison, Hardy,

Malherbe, Fallot, <sup>(1)</sup>, de Luna, <sup>(2)</sup>, signalant la gravité pronostique de l'accélération du pouls.

La tension du pouls a été généralement assez faible, comme dans la plupart des dothiéntéries. Chez le malade de notre XV<sup>e</sup> observation, la tension prise d'une façon régulière, jour par jour, dans des conditions aussi exactes que possible et avec le sphygmomètre de Verdin, a oscillé entre 12 et 14.

Quoique présentant des différences d'un jour à l'autre, comme presque tous les typhiques, il est remarquable par sa régularité relative, soit pendant la période fébrile, soit au moment de l'apyrexie.

MM. Alezais et François ont signalé au Congrès de Montpellier (1897), que c'était généralement au moment de l'apyrexie que la tension présentait son minimum. Chez notre sujet, ce phénomène n'a pas été constaté. L'apyrexie survint le trente-deuxième jour. La tension était ce jour-là à 14 et elle s'est maintenue à ce chiffre.

La cardiopathie n'a donc influencé ni la marche, ni l'intensité de la maladie. Elle n'a provoqué aucune complication. Le pouls est resté ce qu'il devait être d'après le pronostic. Le cœur s'est donc, on peut le dire, comporté comme un cœur sain.

A quoi faut-il attribuer cette résistance du cœur ? Nous pensons qu'elle est due à la force, à la robustesse plus grande qu'acquiert le cœur par le seul fait de sa lésion primitive. En effet, il est obligé de travailler beaucoup plus, pour se contracter plus énergiquement

(1) Fallot, Rapports du pouls et de la température. (Marseille médical). 8 t.

(2) De Luna. Th. de Montpellier, 1887.

afin de compenser sa lésion et cela depuis plus ou moins longtemps avant que la fièvre typhoïde ne survienne chez l'individu. Il en résulte pour lui un entraînement qui développe ses fibres et les rend plus aptes à résister aux toxines typhiques.

Ce n'est pas à dire pour cela que l'endocardite primitive soit la condition nécessaire à la guérison d'une dothiéntérie, mais le cœur entraîné, fortifié, résiste même chez des sujets débiles, comme le ferait le cœur sain d'un individu vigoureux.

Le traitement a-t-il contribué à la guérison de la maladie ? Oui, sans aucun doute. Il est prouvé depuis longtemps que les bains sont le traitement de choix de la fièvre typhoïde. Nous n'avons pas fait suivre à nos malades un traitement spécial. Tout au plus l'avons-nous modifié légèrement en élevant un peu la température du bain et en multipliant les toniques du cœur.

Voici, d'ailleurs, le traitement uniforme que nous avons fait suivre à nos typhiques.

Bains toutes les trois heures, à la température initiale de 28° abaissée progressivement à 24, 25 et même 21° selon la température du malade.

Durée, 10 minutes, sauf contre-indication fournie par un frisson violent ou une défaillance.

Pendant le bain, ingestion d'un verre d'eau d'Evian pour faciliter la diurèse ; à la fin, deux doigts de vin de bordeaux. Frictions énergiques sur toutes les parties du corps, moins l'abdomen, et affusions froides sur la tête.

En sortant du bain, on roulait jusqu'au cou le ma-

lade dans une couverture de laine et on le laissait sommeiller pendant une heure environ.

Chez tous nos cardiaques, on faisait de deux à six injections hypodermiques d'une solution de caféine à 0,25 centigrammes par centimètre cube. Chez deux de nos malades, Julia D..., et Emile F..., qui présentaient des tendances à la syncope, nous avons fait pendant trois jours une injection hypodermique de caféine avant chaque bain.

Chacun de nos malades prenait en outre deux positions : l'une avec 4 grammes extrait mou de quinquina ; la seconde avec 2 grammes d'ergotine. Cette dernière provoquait souvent, surtout chez les femmes, des nausées et même des vomissements. Dans ce cas, nous la remplaçons par une demi ou deux demi-injections d'ergotinine de Tanret.

Comme alimentation, du lait coupé d'eau de Vichy ou d'eau de chaux jusqu'au troisième ou quatrième jour de la convalescence.



## CONCLUSIONS

---

1° Les affections cardiaques primitives, bien compensées, n'assombrissent pas le pronostic de la fièvre typhoïde ;

2° La marche de la maladie n'est pas influencée par elles ;

3° La fièvre typhoïde n'aggrave, ni ne modifie la lésion cardiaque ;

4° Le traitement de choix est la balnéation à 27-28° et les toniques : caféine, ergotine, quinquina.

*Vu :*

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
LÉPINE.

*Vu :*

LE DOYEN,  
LORTET.

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 8 février 1898

LE RECTEUR,  
GABRIEL COMPAYRÉ.





